



## Fragebogen zur Selbsteinschätzung und Zustimmung zur Durchführung eines PoC-Antigen-Tests auf SARS-CoV-2

Name, Vorname\* \_\_\_\_\_

Geburtsdatum\* \_\_\_\_\_

Adresse\* \_\_\_\_\_

Telefonnummer\* \_\_\_\_\_

Email\* \_\_\_\_\_

\*Pflichtfelder

### Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

1. Haben Sie **zur Zeit** grippeähnliche Symptome wie Husten, Fieber, Atemnot, sonstige Erkältungssymptome? Ja  Nein
2. Hatten Sie **in den letzten 14 Tagen** grippeähnliche Symptome mit Fieber? Ja  Nein
3. Haben Sie **in den letzten 14 Tagen** Kontakt mit einem bestätigten Corona-Patienten gehabt? Ja  Nein
4. Haben Sie **in den letzten 14 Tagen** Kontakt mit einer Person gehabt, bei der ein Corona-Verdacht besteht? Ja  Nein

### Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2

Bei der Durchführung des PoC-Antigen-Tests auf SARS-CoV-2 wird ein Nasopharyngealabstrich durchgeführt. Dafür wird die Probe durch einen Abstrich mittels eines in die Nase eingeführten Probenträgers genommen. Auch bei sorgfältiger Durchführung kann es in Einzelfällen zu Verletzungen wie leichten Blutungen oder Reizungen kommen.

Ist der Antigentest positiv, hat der Getestete unverzüglich einen PCR-Test durchführen zu lassen und sich in häusliche Quarantäne zu begeben.

Im Falle eines positiven Testergebnisses ist die Apotheke verpflichtet, das Testergebnis personenbezogen dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

Ein negatives Testergebnis bedeutet nicht, dass eine SARS-CoV-2-Infektion sicher ausgeschlossen werden kann. Das Ergebnis stellt lediglich den Gesundheitsstatus zum Zeitpunkt der Testdurchführung dar.

## Erklärung zur Durchführung eines PoC-Antigen-Tests auf SARS-CoV-2 und Zustimmung zur Datenschutzinformation

Ich habe die umseitig aufgeführten Hinweise zum PoC-Antigen-Test auf SARS-CoV-2 gelesen und stimme der Durchführung des Tests zu.

Ich nehme das kostenlose Angebot entsprechend der nationalen Teststrategie wahr. (Zurzeit kann 1x pro Woche ein kostenloser Test in Anspruch genommen werden).

Ich habe mich für einen kostenpflichtigen Test entschieden.

Ich nehme die Testung auf Berechtigungsschein (für Erzieher/innen und Lehrer/innen) wahr.

### Das Testergebnis soll mir wie folgt übermittelt werden:

per Telefon

ich hole das Ergebnis ab

#### Datenschutzinformation

Sehr geehrte Testperson,

im Rahmen des bei Ihnen durchgeführten PoC-Antigentests auf SARS-CoV-2 erheben wir **[Römer Apotheke, Breite Str. 31, 55124 Mainz, Inh. Simone de Sequeira]** als Verantwortliche personenbezogene Daten von Ihnen.

Wir verarbeiten Ihren Namen, Anschrift, Geburtsdatum, Telefonnummer und ggf. E-Mail-Adresse, um im Falle eines positiven Testergebnisses das zuständige Gesundheitsamt darüber zu informieren und diesem ihre persönlichen Daten nach § 8 Abs. 1 Nr. 5 IfSG weiterzugeben.

Rechtsgrundlage der Datenverarbeitung ist Art. 9 Abs. 2 lit. i DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Eine Löschung Ihrer Daten erfolgt im Fall einer positiven Testung nach 4 Wochen. Um die unverzügliche Kontaktaufnahme des Gesundheitsamtes mit Ihnen zu gewährleisten, erheben wir die Rufnummer und – sofern angegeben - E-Mail-Adresse nach Art. 6 Abs. 1 lit. c DSGVO i.V.m. § 9 Abs. 1 IfSG. Die Löschung Ihrer Daten bei Negativtestung erfolgt unverzüglich nach Ergebnismitteilung.

Die Bereitstellung Ihrer Daten ist grundsätzlich freiwillig. Ohne diese als Pflichtfelder markierten Daten können wir den Test jedoch nicht durchführen. Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten und auf Berichtigung unrichtiger Daten sowie auf Löschung, sofern einer der in Art. 17 DSGVO genannten Gründe vorliegt, z. B. wenn die Daten für die verfolgten Zwecke nicht mehr benötigt werden. Sie haben zudem das Recht auf Datenübertragbarkeit sowie auf Einschränkung der Datenverarbeitung. Ferner haben Sie das Recht, sich bei einer Aufsichtsbehörde zu beschweren. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an unseren Datenschutzbeauftragten **[Dr. Georg Schröder, Heussen Rechtsanwaltskanzlei mbH, Tel.: 089/ 29 09 70]** wenden.

Ich habe die Datenschutzinformation zur Kenntnis genommen und stimme der Erhebung, Speicherung und Weitergabe meiner persönlichen Daten sowie des Testergebnisses zu.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Testperson

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Apothekerin/des Apothekers